

Les masques de la bipolarité

Certains comportements doivent faire soupçonner un trouble bipolaire de l'humeur. Des accès d'augmentation de l'énergie, d'hyperactivité et de désinhibition sociale sont évocateurs d'une hypomanie, mais il faut aussi se méfier d'un trait de caractère impulsif ou d'épisodes d'alcoolisation paroxystiques et être intrigué par des achats compulsifs ou le jeu pathologique.

Michel Lejoyeux *

Le trouble bipolaire de l'humeur peut correspondre à une forme classique voyant alterner des épisodes mélancoliques et des accès maniaques. Ce diagnostic peut aussi être porté dans des situations cliniques moins typiques réalisant des « masques » du trouble bipolaire de l'humeur. Akiskal *et al.* ont ainsi décrit le spectre des troubles bipolaires correspondant à ces formes atypiques de maladies maniaco-dépressives.¹

LA CYCLOTHYMIE

Le trouble cyclothymique se définit par l'existence, pendant au moins 2 ans, de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents, sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif majeur.

L'hypomanie est une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle. Cette perturbation de l'humeur survient tous les jours pendant au moins 4 jours. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants persistent :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;

- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité se traduisant par le fait que l'attention est trop facilement attirée par des situations extérieures sans importance ;
- augmentation de l'activité orientée vers un but social, professionnel, scolaire ou sexuel ;
- engagement dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables ; les patients hypomanes peuvent, par exemple, se lancer sans retenue dans des achats inconsidérés ou des conduites sexuelles inconséquentes.

La cyclothymie appartient au spectre des troubles bipolaires. Chez les patients atteints, l'humeur oscille entre des moments d'élation et des moments d'abattement. Selon Akiskal *et al.*,¹ les symptômes prédominants de la cyclothymie sont l'humeur irritable et le « tempérament hyperthymique ». Les patients hyperthymiques sont des jeunes adultes caractérisés par une extravagance dans le domaine financier, des changements répétés dans leur vie professionnelle ou leur vie amoureuse, des déménagements fréquents et une consommation d'alcool et de drogue. Leur niveau d'énergie et leur humeur fluctuent de manière régulière. La léthargie alterne avec l'euphorie. Une tendance à la baisse de l'estime de soi fait suite à un excès de confiance en soi. Le repli social alterne avec l'excès de familiarité. L'absence de créativité fait suite à des périodes d'hyperproductivité. À des phases de fuite des

* Service de psychiatrie, groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, 75018 Paris. Courriel : michel.lejoyeux@bch.ap-hop-paris.fr

relations sociales font suite des accès de recherche de nouvelles relations.

D'autres caractéristiques de la personnalité hyperthymique ont été décrites.¹ Les hyperthymiques sont des personnes chaleureuses, extraverties, optimistes et exubérantes. Elles sont désinhibées. Elles recherchent les contacts sociaux et affectifs. Elles débordent de projets. Les hyperthymiques ont trop confiance en eux, ils sont trop sûrs d'eux-mêmes et ont parfois des idées de grandeur. Ils sont éloquents et souvent séduisants.

La nature bipolaire de la cyclothymie est maintenant confirmée. Les patients ayant une cyclothymie sont sensiblement plus exposés que les autres à une évolution vers la manie typique ou vers la dépression.

Les patients ayant une personnalité hyperthymique sont eux aussi plus exposés que les autres aux accès maniaques typiques, ainsi qu'aux dépressions.

L'HYPOMANIE

Le trouble bipolaire de type II est un sous-type de trouble de l'humeur, caractérisé par un antécédent de dépression majeure et la survenue d'une hypomanie. Ces troubles bipolaires de type II sont souvent mal diagnostiqués, les épisodes hypomaniaques n'étant pas recherchés ou pas repérés à l'examen. Le patient typique ayant un trouble bipolaire de type II a fait une première dépression tôt dans sa vie. Ses rechutes dépressives sont fréquentes.¹ On retrouve chez lui une tendance élevée au divorce ou à la séparation, des difficultés à la fois scolaires et professionnelles, des comportements « antisociaux » et de fréquents abus d'alcool ou de drogue. Lors des épisodes dépressifs, les symptômes anxieux associés sont fréquents. Il peut s'agir d'une anxiété phobique, de somatisations (douleurs sans cause organique), de crises de colère, d'une tendance à la jalousie ou à la méfiance.

CE QUI EST NOUVEAU

- ➔ La prescription des régulateurs de l'humeur ne se limite plus aux troubles bipolaires typiques. Elle a fait la preuve de son efficacité en cas de trouble bipolaire de type 2, c'est-à-dire chez les patients ayant des accès hypomaniaques entrecoupant des périodes dépressives. Les thymorégulateurs réduisent les conséquences négatives de l'hypomanie. Ils diminuent aussi la fréquence des rechutes dépressives.
- ➔ Les conduites alcooliques paroxystiques suscitées par des accès maniaques sont une cause d'alcoolisme secondaire aussi fréquente que peu connue. Il apparaît donc important de rechercher de manière systématique des antécédents de fluctuation thymique et notamment maniaque ou hypomaniaque chez les patients ayant une conduite addictive.

Le diagnostic de trouble bipolaire de type II est particulièrement important à porter. Il permet de repérer les patients ayant une maladie maniaco-dépressive dont le traitement fait principalement appel aux régulateurs de l'humeur. Le trouble bipolaire de type II a également une valeur pronostique importante. Les patients bipolaires ont, plus que les autres déprimés, un risque suicidaire important.

Angst *et al.* ont proposé une série de questions permettant de faciliter le diagnostic d'hypomanie.²

Depuis les 12 derniers mois, sans raison particulière :

- avez-vous eu plus d'énergie que d'habitude ?
- avez-vous été plus actif (ve) ?
- vous êtes-vous senti (e) moins facilement fatigué (e) ?
- avez-vous eu besoin de moins de sommeil ?
- avez-vous eu tendance à être plus bavard (e) ?
- avez-vous été plus occupé (e) que d'habitude ?
- vous êtes-vous davantage déplacé (e) ?

Ils suggèrent aussi que le diagnostic de trouble bipolaire peut être porté même quand ces accès de désinhibition durent moins de 4 jours.² De brèves périodes de désinhibition durant 1 à 3 jours signent, elles aussi, l'existence d'une maladie maniaco-dépressive.

Hantouche *et al.* ont distingué les aspects positifs et négatifs de l'hypomanie.³

Les aspects positifs sont :

- l'augmentation d'énergie ;
- l'hyperactivité sociale ;
- la désinhibition et la réduction de la timidité ;
- l'augmentation des idées et des projets ;
- l'augmentation de la motivation professionnelle ;
- le sentiment de bien-être extrême ;
- l'augmentation d'activité physique ;
- la tendance à penser plus vite et à faire plus de jeux de mots ;
- la tendance à rire davantage ;
- la réduction du sommeil ;
- l'augmentation de la confiance en soi.

Les aspects négatifs de l'hypomanie sont :³

- l'augmentation de la consommation de café, de cigarettes et d'alcool ;
- la tendance à conduire de manière imprudente ;
- l'irritabilité et l'impatience ;
- le risque de comportements sexuels imprudents ;
- la distractibilité ;
- le comportement irresponsable sur le lieu de travail ;
- les excès d'achats et de dépenses.

L'IMPULSIVITÉ

Les patients ayant un trouble bipolaire sont plus impulsifs. Leur impulsivité les expose à des tentatives de suicide plus fréquentes ou plus graves. L'impulsivité se marque aussi par des troubles du comportement, qu'il s'agisse de conduites antisociales ou d'autres comportements les mettant en danger. Swann *et al.* ont comparé le niveau

Scores d'impulsivité à l'échelle de Barratt

DIAGNOSTIC	SCORE D'IMPULSIVITÉ
■ Sujets témoins	59,9
■ Patients bipolaires normothymiques	77
■ Patients bipolaires en phase maniaque	77,6

Tableau

d'impulsivité de 39 patients ayant un trouble bipolaire et de 35 sujets contrôles.⁴ Parmi les bipolaires, 12 étaient en période maniaque et 22 en période normothymique. Les scores d'impulsivité, étudiés à l'aide de l'échelle de Barratt (*v. tableau*), étaient plus élevés chez les patients bipolaires, que ceux-ci soient en état d'humeur normale ou en accès maniaque.

Ces résultats suggèrent que l'impulsivité est présente chez les patients bipolaires à toutes les phases de la maladie. Elle n'est pas uniquement un marqueur de la désinhibition maniaque. Elle pourrait constituer un trait de caractère fortement lié à la bipolarité.

LES ALCOOLISATIONS MANIAQUES

Chez les patients ayant un trouble bipolaire de l'humeur et un alcoolisme, le trouble thymique apparaît habituellement plus tôt et les états mixtes sont plus fréquents.⁵ La prise d'alcool est souvent provoquée par les accès maniaques et les états mixtes. L'irritabilité et la désinhibition que comportent les accès maniaques et les états mixtes favorisent les alcoolisations.

Feinman et Dunner ont comparé les caractéristiques cliniques des troubles bipolaires en fonction de la présence ou de l'absence d'un alcoolisme associé.⁶ Ils ont étudié de manière rétrospective les dossiers de 188 sujets bipolaires. Tous les patients avaient eu au moins un épisode dépressif durant plus de 2 semaines et un épisode maniaque ; 55 % des hommes et 35 % des femmes avaient des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie. Dans 27 % des cas, l'alcool-dépendance était apparue après le trouble de l'humeur (alcoolisme secondaire) et dans 19 % des cas l'alcoolisme avait précédé le trouble bipolaire (alcoolisme primaire). Le pourcentage de femmes était de 57 % dans le groupe de trouble bipolaire sans alcoolisme, de 46 % parmi les alcoolismes secondaires et de 32 % parmi les alcoolismes primaires. Les formes à cycles rapides étaient plus fréquentes chez les patients sans alcoolisme associé. L'âge de début de la maladie était plus précoce en cas d'alcoolisme primaire. Feinman et Dunner ont noté que l'alcoolisme était plus souvent induit par les accès maniaques que par les dépressions. Deux tiers des patients maniaco-dépressifs en phase maniaque avaient

tendance à augmenter leur consommation d'alcool alors que seulement 20 à 30 % des déprimés augmentaient leur ingestion d'alcool.

Les conduites alcooliques des maniaques sont souvent des alcoolisations intermittentes. Elles se caractérisent par l'aspect massif des alcoolisations, entrecoupées de périodes d'abstinence plus ou moins durables. Ces conduites paroxystiques s'apparentent à la dipsomanie. Les « accès alcooliques » désignent ainsi des patients qui ont, de manière transitoire, en période maniaque, les signes de l'abus ou de la dépendance alcoolique. Les patients retrouvent souvent au décours des accès, une consommation d'alcool normale ou intégrée. Ces formes purement épisodiques d'alcool-dépendance ne comportent pas habituellement de signes physiques de dépendance ou de sevrage.

L'alcoolisme intermittent peut être favorisé chez le patient maniaque par un niveau élevé de recherche de danger et d'aventure, de recherche d'expériences et de désinhibition. L'alcool est utilisé pour une « défonce » voire un « voyage à l'alcool ». L'euphorie, l'anéantissement sont recherchés. Les ivresses sont fréquentes et souvent pathologiques, excito-motrices et confuso-délinquantes en particulier. L'alcool facilite encore les passages à l'acte hétéro-agressifs et les troubles des conduites.

LES ACHATS COMPULSIFS DES MANIAQUES

Les achats inconsidérés sont constitutifs de la symptomatologie de l'accès maniaque. Les achats incontrôlés constituent l'une des expressions comportementales les plus spectaculaires de la désinhibition pulsionnelle et du sentiment de toute puissance de l'accès maniaque. L'apparition brutale d'achats inutiles, dispendieux ou absurdes peut même révéler l'accès maniaque. Le maniaque est persuadé que ses ressources sont inépuisables. Même s'il est objectivement dans une situation financière difficile, la perception mégalomane de son état, de ses possibilités et de ses talents l'incite à s'engager dans les investissements les plus hasardeux. Ses achats s'accomplissent dans un état d'agitation et d'irritabilité extrêmes, sans hésitation, ni réflexion. Ses choix, aussi risqués et absurdes soient-ils, ne souffrent aucune discussion ni contradiction. Jovial, irritable et insensible à la critique, le maniaque ne tolère pas que ses désirs, concernant les achats ou tout autre domaine, soient différés ou modérés. Chacun de ses caprices devient une nécessité impérieuse à satisfaire dans l'urgence.

Le maniaque est persuadé que ses dons illimités le poussent vers des « affaires exceptionnelles » dont lui seul peut comprendre la pertinence et l'originalité. Ses dépenses sont animées par un sentiment d'invincibilité qui ne tient pas compte des réalités économiques. Plus le maniaque possède de pouvoir financier et social, plus il peut dépenser des sommes importantes et s'exposer à de véritables catastrophes économiques.

Troubles bipolaires : une incidence médico-légale sous estimée

La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, a renforcé l'obligation du médecin d'informer son patient sur son état de santé. Les patients ayant un trouble bipolaires doivent donc être informés sur les risques de leur maladie et sur l'importance de leur observance thérapeutique pour, en particulier, prévenir les accès. Lors d'une rechute, il existe des risques « médico-légaux » au sens large (pénal, civil, médico-social...) qui doivent leur être signalés. Il est donc nécessaire que le médecin traitant connaisse les différents aspects médico-légaux de cette maladie.

EN MATIÈRE PÉNALE

Deux questions se posent : la bipolarité favorise-t-elle la réalisation de certaines infractions ? Les patients ayant un trouble bipolaire sont-ils pénalement responsables ?

Les infractions

En phase maniaque¹ : les homicides volontaires sont rares mais les homicides involontaires le sont moins, par conduite dangereuse, notamment automobile. Les violences volontaires (atteintes à l'intégrité physique de la personne) sont en général des affrontements contre toute forme d'autorité ou contre des soignants. Les agressions sexuelles sont désormais mieux prises en compte, en particulier depuis l'étude de McElroy et al.² en 1999 : sur 37 auteurs d'infractions sexuelles, 36 % avaient un trouble bipolaire. Ces infractions recouvrent les harcèlements sexuels, les exhibitions, les viols. Les infractions contre les biens sont beaucoup plus fréquentes chez les maniaques ou les hypomanes que les infractions contre les personnes. Il peut s'agir de vol, de grivèlerie, d'escroquerie, de dégradations de biens publics ou appartenant à autrui.

En phase dépressive¹ : les homicides volontaires ne sont pas exceptionnels ; suicides altruistes, suicides élargis, meurtres de masse avant suicide. L'évaluation clinique des auteurs de ces actes n'est pas, comme elle devrait l'être, systématique. Même lorsque le suicidant est décédé, une évaluation devrait être faite : « une autopsie psychiatrique » pourrait éclairer l'acte. Les homicides involontaires au cours des dépressions sont en général la conséquence du choix du mode de suicide : feu, gaz, précipitation, accidents de la voie publique. Rappelons que depuis 1987, suite à la parution du livre *Suicide Mode d'Emploi*, la provocation au suicide est sanctionnée.

Infractions au code de la route¹ : les facteurs favorisant les infractions en phase dépressive sont l'inattention, le ralentissement et la iatrogénie. En phase maniaque, le danger vient de l'alliance d'un conducteur trop pressé et trop optimiste.

LA RESPONSABILITÉ

La bipolarité³ n'offre pas une immunité pénale systématique, mais l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal prévoit que : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ». Dans ce cas, la procédure doit aboutir à un non-lieu. Le second alinéa, plus novateur, indique : « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

Le code de procédure pénale prévoit la

désignation d'un expert psychiatre pour établir le diagnostic et son lien éventuel avec la commission de l'infraction.

En matière de bipolarité, le diagnostic est le plus souvent rétrospectif, car il s'agit en général d'un trouble transitoire. À cette difficulté s'ajoute celle d'évaluer l'impact cognitif et comportemental d'un trouble thy-mique sur le discernement et le contrôle des actes. Le lien est généralement moins net que pour une psychose délirante ou pour une déficience mentale marquée. Quand les faits sont commis en épisode aigu, l'application de l'alinéa 1 de l'article 122-1 est justifiée ; lorsque les faits sont commis au cours d'un épisode atténué, on peut retenir l'alinéa 2.

EN MATIÈRE CIVILE

La capacité

La capacité repose⁴ sur un article essentiel du Code civil, l'article 489 « *pour faire acte valable, il faut être sain d'esprit* ». Les actes de la vie civile particulièrement concernés par la bipolarité sont les achats, les ventes, les contrats, les donations, les testaments, les successions, le mariage, le divorce, l'adoption, voire le changement d'état civil (dans de rares cas de trans-sexuels bipolaires). Pour ce qui concerne la dépression, il faut envisager les risques de négligence ou d'abstention pour les obligations administratives ou contractuelles : ils sont susceptibles de précipiter la désinsertion du bipolaire, pouvant aller jusqu'au « suicide social ». En phase maniaque, ce sont les classiques achats inconsidérés, la prodigalité, et toute imprudence dans les affaires, c'est-à-dire toute décision matérielle inspirée par la désinhibition ou par la mégalomanie. Il peut aussi s'agir de démar-

D'importantes économies ou des investissements anciens et solides peuvent ainsi être dilapidés. Les démarches financières maniaques apparaissent audacieuses dans un premier temps, puis incongrues et finalement grossièrement désadaptées.

Les achats incontrôlés peuvent donc représenter, par exemple chez un patient exerçant une activité financière, un facteur de gravité sociale majeure de l'accès maniaque.

Les conséquences médico-légales parfois graves (endettements, crédits multipliés, chèques sans provision, vente inadaptée de biens...) imposent souvent une hospitalisation en urgence.

Les achats pathologiques, associés au refus de soin et à l'anosognosie, doivent conduire à proposer, en plus d'une hospitalisation, une mesure de protection des biens à type de sauvegarde de justice.

ches matrimoniales impulsives. La réponse légale est prévue par la loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs. Le recours à la sauvegarde de justice, mesure temporaire et souple, est recommandé en matière de troubles bipolaires. Elle permet d'annuler sans procédure judiciaire des actes inconsidérés (achat, vente...) effectués durant cette mesure. Pour les actes antérieurs, leur annulation suppose de fournir la preuve que le sujet n'était pas sain d'esprit lorsqu'il les a effectués. La mise sous tutelle par laquelle l'incapable est représenté comme un mineur dans les actes de la vie civile, paraît lourde au regard des troubles bipolaires dont l'impact est transitoire. La mise sous curatelle, par laquelle le sujet est conseillé (signature conjointe du patient et du curateur pour les actes importants) peut se justifier, par exemple si les cycles de la maladie sont courts. Parmi les informations dispensées aux malades bipolaires, il faut intégrer celles concernant ces mesures de protection, leur intérêt et leur limite.

La réparation

Selon l'article 1382 du Code civil : « *tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* ». Cette obligation de réparation est constante, et indépendante d'une éventuelle irresponsabilité pénale. Le non-lieu psychiatrique ne s'applique donc pas à l'obligation de réparation. L'article 489-2 du Code civil précise : « *celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation* ». Par conséquent, la souscription d'un contrat d'assurance personnelle dépassant largement le cadre d'un contrat multirisque classique pourrait être utilement recommandée aux patients bipolaires.

La prédisposition « victimogène » des bipolaires

Le comportement particulier des bipolaires ou leurs caractéristiques psychologiques les exposent à diverses agressions physiques ou psychiques. Le bipolaire est une « victime idéale ». En phase dépressive, il est aisément manipulable ; en phase maniaque, il est à la fois suggestible et désinhibé, ce qui entraîne une grande vulnérabilité. Cette vulnérabilité constitue dans le Code pénal une circonstance aggravante pour l'auteur d'une agression ou d'un acte délictueux, s'il est commis sur une personne dont la maladie ou une déficience psychique serait connue de cet auteur.

EN MATIÈRE MÉDICO-SOCIALE

L'exonération du ticket modérateur

La bipolarité a longtemps été considérée comme la psychose maniaco-dépressive, permettant ainsi de faire bénéficier les patients d'une exonération du ticket modérateur (ALD 30 [affection de longue durée]) au titre de psychose. Depuis le décret du 4 octobre 2004, les critères médicaux utilisés pour la définition des affections psychiatriques de longue durée ont été actualisés. Ainsi, dans le chapitre des troubles de l'humeur récurrents et persistants (chapitre différent de celui des psychoses) il est mentionné : troubles bipolaires (maladies maniaco-dépressives), et il est précisé que le diagnostic doit être établi selon les critères de la CIM 10 (Classification internationale des maladies de l'OMS).

L'hospitalisation sous contrainte

La bipolarité demeure un motif de soins sous contrainte, même si l'on constate que le recours à la loi du 27 juin 1990 est loin

d'être systématique. En pratique, les bipolaires qui sont placés en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou en hospitalisation d'office (HO) le sont généralement au cours du premier épisode, ou lorsqu'ils ont une comorbidité, et notamment la prise de toxique.

CONCLUSION

Il est classique d'aborder les aspects médico-légaux d'affections mentales telles que le déséquilibre psychopathique, la paranoïa, la schizophrénie... Cette approche a gagné les troubles bipolaires, car il a été montré que l'incidence civile, pénale et sociale de cette maladie était sous-estimée. Or cette incidence contribue à la désinsertion du patient ayant un trouble bipolaire et accentue le coût humain et social de cette maladie. Elle peut être réduite par l'information systématique de ces patients (lorsqu'ils ne sont pas en phase aiguë) sur tous les risques civils et pénaux auxquels ils sont exposés et sur les moyens de les prévenir.

Bernard Cordier

Service de psychiatrie, hôpital Foch,
92151 Suresnes Cedex ;
expert près la cour d'appel de Versailles

1. **Cordier B, Thyrode Y.** L'incidence pénale des troubles bipolaires. Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Éditions Interligne 2004 ; 100-6.
2. **McElroy SL et al.** Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. J Clin Psychiatry 1999 ; 60 : 414-20.
3. **Gay C.** Crimes et délits : responsabilité du maniaco-dépressif. Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Éditions Interligne 2004 ; 142-7.
4. **Senon JL et al.** Bipolarité : vie civile, responsabilité et protection du patient. Troubles bipolaires et incidences médico-légales. Éditions Interligne 2004 ; 107-19.

L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêt.

LE JEU PATHOLOGIQUE

La symptomatologie maniaque et la désinhibition qui l'accompagne peuvent déterminer une conduite de jeu d'argent pathologique. Parfois le maniaque gagne de manière répétée des petites sommes d'argent. Même quand il perd, il joue de plus en plus souvent et acquiert une technique de jeu qu'il considère comme infaillible. Il fait l'expérience

de l'acquisition, sans effort autre que celui de la confrontation au hasard, d'un statut social et même d'une certaine richesse. Il se croit protégé ou soutenu par la chance, le destin, le hasard. L'adhésion à des superstitions, des martingales ou des stratégies de jeu vient renforcer l'impression de maîtrise du sort.

Durant cette phase initiale, le joueur maniaque tend à surestimer l'importance de ses gains et à minimiser ses

perdes. Il est incapable de calculer ce qu'il gagne ou perd vraiment en jouant. Il annonce aux autres et à lui-même des gains qu'il ne met pas en rapport avec les sommes perdues. Il attribue ses gains à son habileté au jeu, renforçant ainsi l'impression qu'il est un vrai joueur.

Le joueur peut avoir l'impression d'« un état d'identité modifiée » ou d'être « en dehors de soi-même ». Ces « transes » sont suivies de « trous noirs » avec l'impression d'avoir tout oublié.

Si l'accès maniaque et le jeu se prolongent, le sujet s'engage dans une période dite de chasse (*chasing* chez les Anglo-Saxons) pendant laquelle il joue de plus en plus pour compenser ses pertes et « se refaire ». Il espère annuler ses dettes et gagner de nouveau en retrouvant son talent de joueur ou sa chance. Il engage l'ensemble de ses ressources et multiplie les dettes. Il emprunte sans hésiter, persuadé que l'argent sera remboursé par ses gains à venir.

Le désespoir chez le joueur fait souvent suite à une période de perte d'argent prolongée. Les dettes de jeu sont telles que les amis, la famille ou les banques refusent une aide et une annulation des créances. Il n'abandonne pourtant pas complètement les espoirs d'un gros gain qui permettrait de tout effacer. Il croit encore, contre toute vraisemblance, en sa capacité de gagner, en sa « science du jeu » et en sa « bonne étoile ».

CONCLUSION

Les données des études épidémiologiques récentes incitent à repérer, au-delà des classiques accès mélancoliques et maniaques, des états psychiatriques plus complexes pouvant signer la présence d'un trouble bipolaire. Les principaux masques cliniques de la bipolarité sont ainsi la cyclothymie, marquée par une alternance d'hypomanie et d'état dépressif modéré, l'impulsivité, les alcoolisations maniaques et les autres troubles du comportement pou-

vant être induits par un accès maniaque ou hypomaniaque que sont le jeu et les achats compulsifs. L'élément clinique le plus spécifique du trouble bipolaire est sans nul doute l'hypomanie « constitutionnelle ». Celle-ci doit être différenciée d'un trouble de la personnalité. L'abord thérapeutique en est radicalement différent. Il est en effet utile d'instituer un traitement régulateur de l'humeur chez ces patients ayant un trouble bipolaire. Il convient également de ne pas surévaluer la fréquence du trouble bipolaire et de ne pas considérer comme relevant d'un épisode maniaque ou hypomaniaque tout trouble du comportement ou accès d'impulsivité. ■

SUMMARY Clinical masks of bipolar disorders

Bipolar disorders usually present as alternating episodes of melancholy and mania. However, other clinical situations appear in a masked form before being spotted. The principal one is hypomania that declares itself as an attenuated form of a manic episode. Its principal signs are an increase in energy, hyperactivity and disinhibition. In other cases, bipolar disorders express themselves as impulsive behaviours. More rarely, the mask of a bipolar illness is translated into behaviours such as intermittent alcohol abuse. The consummation of alcohol is sudden and paroxysmal. It is a type of dipsomania. Finally, bipolar disorders can express themselves as difficulty in impulse control. The two most frequent examples are impulse buying and pathological gambling.

Rev Prat 2005 ; 55 : 507-12

RÉSUMÉ Les masques de la bipolarité

Les troubles bipolaires correspondent à l'alternance d'épisodes mélancoliques et maniaques. Certaines autres situations cliniques apparaissent comme des masques devant être repérés. La principale est l'hypomanie qui se définit comme une forme atténuée d'accès maniaque. Ses principaux signes sont l'augmentation de l'énergie, l'hyperactivité et la désinhibition. Dans d'autres cas, le trouble bipolaire s'exprime par un comportement impulsif. Plus rarement, le masque de la bipolarité se traduit par un comportement d'abus d'alcool, intermittent. La consommation d'alcool est brutale et paroxystique. Elle s'apparente à la dipsomanie. Enfin, le trouble bipolaire peut s'exprimer par un trouble du contrôle des impulsions. Les deux plus fréquents sont les achats compulsifs et le jeu pathologique.

RÉFÉRENCES

1. Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Möller HJ, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the board clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000 ; 59 : S5-S30.
2. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Diagnostic issues in bipolar disorder. *Europ Neuropsychopharmacol* 2003 ; 13 : S43-S50.
3. Hantouche E, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania; interrelationships with cyclothymia and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2003 ; 73 : 39-47.
4. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A, Dougherty DM, Moeller FG. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003 ; 73 : 105-11.
5. Adès J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie. Collection Médecine et Psychothérapie Paris : Masson, 1997.
6. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 1996 ; 37 : 43-9.

L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêt.

POUR LA PRATIQUE

- Le diagnostic d'hypomanie doit être recherché en pratique quotidienne. Ses principaux critères sont l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du besoin de sommeil, la plus grande communicabilité, la fuite des idées et la distractibilité.
- Les autres masques comportementaux du trouble bipolaire devant être recherchés en pratique quotidienne sont : la survenue brutale d'une tendance à l'impulsivité ainsi que les alcoolisations paroxystiques. La pratique de jeux d'argent ou d'achats incontrôlés chez un patient n'ayant pas d'antécédents de ce type doit, elle aussi, faire rechercher un trouble bipolaire.
- L'enjeu clinique et thérapeutique du repérage de ces masques de la bipolarité est majeur. Il permet d'instituer un traitement régulateur de l'humeur, seul susceptible d'amender les désordres comportementaux.